

## DECLARAÇÃO DE BENS

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

ENTIDADE/ÓRGÃO: **FUNDAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE - FUNSAÚDE**

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE Nº: \_\_\_\_\_

TÍTULO DE ELEITOR Nº: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_ SEÇÃO: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

DISCRIMINE OS BENS E VALORES, INCLUSIVE DOS DEPENDENTES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante